

# Особливості хірургічного лікування новоутворень яєчників під час вагітності

**А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей хірургічного лікування новоутворень яєчників під час вагітності.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 90 вагітних з новоутвореннями яєчників. Усіх вагітних було розподілено на три досліджувані групи: перша група – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано у різні терміни вагітності; друга група – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано у ході кесарева розтину; третя група – 30 жінок з новоутвореннями яєчників, яким хірургічне лікування виконано у різні терміни після мимовільних пологів.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що рання діагностика новоутворень яєчників під час вагітності дозволяє своєчасно ставити питання про необхідність хірургічного лікування лапароскопічним доступом. Це забезпечує зменшення операційної крововтрати, тривалості операції, післяопераційних ускладнень та прискорює відновлення жінок після хірургічного лікування новоутворень яєчників.

**Заключення.** Отримані результати необхідно враховувати під час ведення вагітних із новоутвореннями яєчників.

**Ключові слова:** новоутворення яєчників, вагітність, хірургічне лікування.

## Features of surgical treatment of neoplasms of ovaries during pregnancy

**A.V. Boyko**

**The objective:** to study features of surgical treatment of neoplasms of ovaries during pregnancy.

**Materials and methods.** 90 pregnant women with neoplasms of ovaries were surveyed. All pregnant women were divided into 3 studied groups: first group – 30 women with neoplasms of ovaries by which surgical treatment is executed in various durations of gestation; the second group – 30 women with neoplasms of ovaries by which surgical treatment is executed during Cesarean section; the third group – 30 women with neoplasms of ovaries by which surgical treatment is executed in various terms after spontaneous labors.

**Results.** Results of the conducted researches testify that well-timed diagnostics of neoplasms of ovaries during pregnancy allows to raise in due time question of need of surgical treatment by laparoscopic access. It provides decrease of an operational hemorrhage, duration of operation, postoperative complications and accelerates recovery of women after surgical treatment of neoplasms of ovaries.

**Conclusion.** The received results needs to be considered when maintaining pregnant women with neoplasms of ovaries.

**Key words:** neoplasms of ovaries, pregnancy, surgical treatment.

## Особенности хирургического лечения новообразований яичников во время беременности

**А.В. Бойко**

**Цель исследования:** изучение особенностей хирургического лечения новообразований яичников во время беременности.

**Материалы и методы.** Было обследовано 90 беременных с новообразованиями яичников. Все беременные были разделены на три исследуемые группы: первая группа – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в различные сроки беременности; вторая группа – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в ходе кесарева сечения; третья группа – 30 женщин с новообразованиями яичников, которым хирургическое лечение выполнено в различные сроки после самопроизвольных родов.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ранняя диагностика новообразований яичников во время беременности позволяет своевременно ставить вопрос о необходимости хирургического лечения лапароскопическим доступом. Это обеспечивает уменьшение операционной кровопотери, длительности операции, послеоперационных осложнений и ускоряет восстановление женщин после хирургического лечения новообразований яичников.

**Заключение.** Полученные результаты необходимо учитывать при ведении беременных с новообразованиями яичников.

**Ключевые слова:** новообразования яичников, беременность, хирургическое лечение.

Сьогодні серед найбільш поширених причин, які потребують оперативного лікування у вагітних, виділяють гострі захворювання органів черевної порожнини (гострий апендицит, холецистит, кишкова непрохідність тощо), а також гінекологічну патологію – пухлини та новоутворення яєчників (НУЯ) [2–4].

Серед основних ускладнень вагітності у жінок з НУЯ фіксують загрозу переривання вагітності, плацентарну дисфункцію, аномалії пологової діяльності та інш. [5–8].

Діагностика НУЯ у вагітних більш складна, ніж у невагітних жінок. Складність діагностики зумовлена не тільки мізерною клінічною симптоматикою, але й зниженням інформативності спеціальних методів дослідження зі збільшенням терміну вагітності [1].

Тактика хірургічного лікування НУЯ під час вагітності є предметом численних дискусій у сучасній літературі [2–8], що свідчить про актуальність даного питання, особливо при підвищенні ефективності сучасних ехографічних і рентгенологічних технологій.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей хірургічного лікування НУЯ під час вагітності.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до мети дослідження було обстежено 90 вагітних з НУЯ. Усі вагітні були розподілені на три досліджувані групи: – перша група – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано у різні терміни вагітності;

– друга група – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано у ході кесарева розтину;

– третя група – 30 жінок з НУЯ, яким хірургічне лікування виконано у різні терміни після мимовільних пологів.

Також були обстежені 30 жінок з нормальним перебігом вагітності без НУЯ, що увійшли до контрольної групи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що в екстремому порядку були виконані 2 (6,7%) операції у II триместрі вагітності у жінок першої групи з підозрою на перекрут яєчника або ніжки пухлини. У другій групі кесарів розтин було виконано в екстремому порядку у 2 (6,7%) випадках: в одній жінки у зв'язку з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти і ще в одній жінки – через дистрес плода на тлі плацентарної дисфункції. Решту операцій виконано у плановому порядку.

Під час оцінювання термінів виконання хірургічного втручання під час вагітності (у I групі) встановлено, що у I триместрі гестації було виконано 2 (6,7%) оперативних втручання у зв'язку з підозрою на злякисний процес: лапароскопічна резекція обох яєчників у терміні 9 тиж (під час гістологічного дослідження – двосторонні ендометріодні кісти і вогнищевий ендометріоз поверхневих відділів яєчників з децидуальним метаморфозом); одна лапаротомічна операція – одностороння аднексектомія у 8 тиж з приводу зрілої кістозної тератоми з великим муцинозним компонентом гігантських розмірів (діаметром 27 см) та аднексектомія у комбінації з резекцією контралатерального яєчника і резекцією великого сальника з приводу двосторонньої пограничної серозної цистаденоми.

У II триместрі (16–19 тиж вагітності) виконано 24 (86,7%) оперативних втручання, більшість – лапароскопічним методом (66,7%). У III триместрі вагітності (27–34 тиж) проведено 2 (6,7%) оперативних втручання лапаротомічним доступом. Обсяг операції залежав від морфологічної структури НУЯ, локалізації новоутворення, даних термінового гістологічного дослідження.

Найбільшою різноманітністю відрізнялася хірургічна тактика у першій групі. Серед екстрених операцій в одному випадку спостерігався перекрут єдиного яєчника з наявністю множинних кіст жовтих тіл після стимуляції суперовуляції у програмі допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) на 180 градусів у поєднанні з вираженим варикозом вен малого таза, у другому випадку – частковий перекрут яєчника, що містив кісти жовтих тіл. З огляду на відсутність пухлин у першому і другому випадках з наявністю множинних кіст жовтих тіл після застосування програми ДРТ, обсяг операції обмежився ревізією, деторсією та оваріопексією.

Найбільш часто виконуваною операцією у першій групі була резекція одного або обох яєчників в обсязі цистектомії при НУЯ (80,0%). Аднексектомія виконана у 2 (6,7%) випадках з приводу доброякісних пухлин великих або гігантських розмірів. Аднексектомія з резекцією контралатерального яєчника проведена в одному випадку: при підозрі на пограничну пухлину (за даними гістологічного заключення – ендометріодна кіста правого яєчника, періоофорит). Аднексектомія з резекцією контралатерального яєчника і резекцією/видаленням великого сальника, біопсією очеревини була виконана у двох випадках пограничних цистаденом.

У другій групі ревізію придатків проводили після завершення кесарева розтину. У 7 (23,3%) випадках НУЯ виявили-

ся інтраопераційною знахідкою (по одному випадку серозної цистаденоми, ендометріодної кисти з децидуальним метаморфозом строми, фолікулярної кисти, кисти жовтого тіла, параоваріальної і простої кисти без наявності вистилаючого епітелію). Резекція одного або обох яєчників виконана у 26 (86,7%) випадках. Видалення придатків на боці ураження зроблено у 3 (10,0%) випадках: при багатокамерній диморфній цистаденомі, тератомах великих розмірів та ендометріодній кісті великих розмірів. Аднексектомія з резекцією контралатерального яєчника виконана при ендометріодній кісті з децидуальним метаморфозом великих розмірів і поверхневим ендометріозом другого яєчника. При пограничній цистаденомі проведена аднексектомія з резекцією контралатерального яєчника і резекцією великого сальника, біопсією очеревини. Параоваріальні кісти видалені у 2 (6,7%) випадках.

Усі операції з приводу доброякісних НУЯ у третій групі були виконані в обсязі резекції ураженого яєчника або видалення параоваріальної кисти.

Під час аналізу основних параметрів операції у першій групі були підтверджені незаперечні переваги лапароскопічного методу. Так, тривалість операції при лапароскопії становила у середньому  $62,5 \pm 2,5$  хвилини, тоді як при лапаротомії –  $86,1 \pm 2,5$  хвилини. Інтраопераційна крововтрата також достовірно відрізнялася при лапароскопії –  $99,8 \pm 9,7$  мл і при лапаротомії –  $245,7 \pm 25,2$  мл. Розмір видалених новоутворень становив від 2,8 до 18,2 см у групі лапароскопії і від 5,1 до 26,8 см – у групі лапаротомії. Достовірність відмінностей середніх розмірів видалених пухлин пояснюється наявністю кількох гігантських пухлин у групі лапаротомії. За рахунок менш вираженої хірургічної травми при лапароскопії потреба у наркотичних анальгетиках у ранній післяопераційний період була вдвічі нижчою, ніж після лапаротомічних операцій.

Тривалість післяопераційного періоду і, як наслідок, госпіталізації була значно меншою у групі лапароскопії.

Кількість ускладнень післяопераційного періоду статистично не відрізнялася між групами. При виконанні хірургічного лікування під час вагітності найбільш частим ускладненням був виражений тонус матки у ранній післяопераційний період (3,3% – при лапароскопії та 6,7% – при лапаротомії), який зберігався протягом перших двох–трьох діб після операції.

Парез кишечника був виявлений у 3,3% і 6,7% жінок відповідно; у 6,7% – після кесарева розтину і у 3,3% – після операцій у післяпологовий період. В одному випадку після лапаротомічної операції з приводу пограничних цистаденом яєчників з резекцією сальника була потрібна релапаротомія у зв'язку з кровотечею із судини великого сальника. В одному випадку після лапаротомії фіксували надапоневеротичне гематосерозоцеле, успішно вирішене шляхом дренирування. Гострий післяпологовий ендометрит діагностували в 1 (3,3%) пацієнтки другої групи.

### ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що своєчасна діагностика новоутворень яєчників (НУЯ) під час вагітності дозволяє вчасно ставити питання про необхідність хірургічного лікування лапароскопічним доступом. Це забезпечує зменшення операційної крововтрати, тривалості операції, кількості післяопераційних ускладнень та прискорює відновлення жінок після хірургічного лікування НУЯ.

Отримані результати необхідно враховувати під час ведення вагітних із НУЯ.

### Сведения об авторе

**Бойко Алеся Валерьевна** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31. E-mail: [prore-first@nmapo.edu.ua](mailto:prore-first@nmapo.edu.ua)

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабкіна Т.М., Волік Н.К. Ехографічні та доплерометричні дослідження в акушерстві та гінекології // Здоровье женщины. – 2017. – № 3. – С. 56–62.
2. Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 79–83.
3. Кузнецова Е.П. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 552–558.
4. Резниченко Г.И., Шаповал О.С. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины. – 2015. – № 2 (98). – С. 104–107.
5. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З. Факторы риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 6 (71). – С. 111–115.
6. Шаповал О.С. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку // Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science». – 2016. – № 9 (5). – С. 75–79.
7. Shapoval O. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations // The Science Advanced. – 2016. – Issue 02. DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027:27-33.
8. Vorontsova L.L., Shapoval O.S. Pathogenetic rationale for the use of immunomodulating and systemic enzyme therapy in treatment of nulliparous women with endometriod ovary tumors // Journal of Education, Health and Sport. – 2015. – Vol. 1. – No. 5. – P. 75–86.

Статья поступила в редакцию 10.10.2019

## ДО УВАГИ АВТОРІВ! АЛГОРИТМ РЕЄСТРАЦІЇ ORCID

*Open Researcher and Contributor ID (ORCID) – міжнародний ідентифікатор науковця*

Створення єдиного реєстру науковців та дослідників на міжнародному рівні є найбільш прогресивною та своєчасною ініціативою світового наукового товариства. Ця ініціатива була реалізована через створення в 2012 році проекту Open Researcher and Contributor ID (ORCID). ORCID - це реєстр унікальних ідентифікаторів вчених та дослідників, авторів наукових праць та наукових організацій, який забезпечує ефективний зв'язок між науковцями та результатами їхньої дослідницької діяльності, вирішуючи при цьому проблему отримання повної і достовірної інформації про особу вченого в науковій комунікації.

Для того щоб зареєструватися в ORCID через посилання <https://orcid.org/> необхідно зайти у розділ «For researchers» і там натиснути на посилання «Register for an ORCID iD».

У реєстраційній формі послідовно заповнюються обов'язкові поля: «First name», «Last name», «E-mail», «Re-enter E-mail», «Password2 (Пароль)», «Confirm password».

У перше поле вводиться ім'я, яке надане при народженні, по-батькові не вводиться. **Персональна** електронна адреса вводиться двічі для підтвердження. Вона буде використовуватися як Login або ім'я користувача. Якщо раніше вже була використана електронна адреса, яка пропонується для реєстрації, з'явиться попередження червоного кольору. **Не можна створювати нового профілю з тією самою електронною адресою.** Пароль повинен мати не менше 8 знаків, при цьому натиснути як цифри, так і літери або символи. Пароль, який визначається словами «Good» або «Strong», приймається системою.

Нижче визначається «Default privacy for new works», тобто налаштування конфіденційності або доступності до

персональних даних, серед яких «Public», «Limited», «Private».

Далі визначається частота повідомлень, які надсилає ORCID на персональну електронну адресу, а саме – новини або події, які можуть представляти інтерес, зміни в обліковому записі, тощо: «Daily summery», «Weekly summery», «Quarterly summery», «Never». Необхідно поставити позначку в полі «I'm not a robot» (Я не робот).

Останньою дією процесу реєстрації є узгодження з політикою конфіденційності та умовами користування. Для реєстрації необхідно прийняти умови використання, натиснувши на позначку «I consent to the privacy policy and conditions of use, including public access and use of all my data that are marked Public».

Заповнивши поля реєстраційної форми, необхідно натиснути кнопку «Register», після цього відкривається сторінка профілю учасника в ORCID з особистим ідентифікатором ORCID ID. Номер ідентифікатора ORCID знаходиться у лівій панелі під ім'ям учасника ORCID.

Структура ідентифікатора ORCID являє собою номер з 16 цифр. Ідентифікатор ORCID – це URL, тому запис виглядає як <http://orcid.org/xxxx-xxxx-xxxxxxx>.

Наприклад: <http://orcid.org/0000-0001-7855-1679>.

Інформацію про ідентифікатор ORCID необхідно додавати при подачі публікацій, документів на гранти і в інших науково-дослідницьких процесах, вносити його в різні пошукові системи, наукометричні бази даних та соціальні мережі.

Подальша робота в ORCID полягає у заповненні персонального профілю згідно із інформацією, яку необхідно надавати.